MODELO II

DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CENTRO PERTENECIENTE A ENTIDAD CONCERTADA SOBRE NO VINCULACIÓN DE ACTIVIDADES CON EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

D./Dª......, con DNI nº ....., en calidad de Director Gerente de la Entidad ....., con CIF ……y domicilio en ....., como Responsable del centro sanitario……..inscrito en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (RES) con el número……..

DECLARA RESPONSABLEMENTE:

1. Que el centro al que represento no tiene concierto con la Administración Pública para la prestación sanitaria en el centro sanitario……..inscrito en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (RES) con el número……..

2. Que el centro está interesado en la prestación de servicios de D./Dª ....., personal al servicio del Servicio Murciano de Salud, sin que la actividad que va a desarrollar en este centro coincida, ni total ni parcialmente**,** ni guarde relación directa o indirecta, ni resulte coadyuvante con las funciones que dicho personal desempeña en el citado Servicio.

3. Que dicho profesional limitará exclusivamente su prestación asistencial a pacientes de carácter privado o procedentes de entidades aseguradoras de salud privadas.

4. Que se han adoptado las medidas necesarias para asegurar que la actividad desarrollada por dicho personal en el centro no concertado no interfiera ni comprometa en modo alguno la imparcialidad, independencia, disponibilidad ni dedicación exigida por su condición de empleados públicos.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración, comprometiéndome a comunicar de inmediato cualquier variación que pudiera modificar las circunstancias aquí declaradas.

En ....., a ..... de ..... de 2025

Fdo.: D./D.ª .....
Director Gerente / Responsable del Centro No Concertado